

DU TRAITEMENT
DE
LA PNEUMONIE
PAR LES BAINS FROIDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES GOUMY

Né à Beaumont (Haute-Vienne), le 8 février 1857

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

DU TRAITEMENT
DE
LA PNEUMONIE
PAR LES BAINS FROIDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES GOUMY

Né à Beaumont (Haute-Vienne), le 8 février 1857

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	} ASSESSEURS.	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		
MONOYER		

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
Cliniques médicales	{ LÉPINE.
	{ BONDET.
	{ RAMBAUD, professeur-adjoint
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ TRIPIER (LÉON).
	{ BOUCHACOURT.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ DELORE, professeur-adjoint.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé de cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ M. CHARPY
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, président; M. BONDET, assesseur; MM. BOUVERET et VINAY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A M. LE DOCTEUR GIGNOUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SOULIER

MÉDECIN DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0016

INTRODUCTION

C'est pendant notre internat, dans le service de M. le docteur Gignoux, que nous avons d'abord vu expérimenter les bains froids dans la pneumonie. Le fait que nous rapportons plus loin est le premier observé dans les hôpitaux de Lyon. Bien que le malade ait succombé, en voyant l'état absolument désespéré dans lequel il se trouvait et les résultats immédiats du traitement, nous avons été conquis dès le début à cette méthode, au sujet de laquelle nous avions une certaine méfiance. Depuis, plusieurs cas sont venus raffermir notre conviction, et aujourd'hui nous n'hésitons pas à soumettre ce traitement à l'appréciation de la Faculté.

Nous tenons tout d'abord à exprimer toute notre reconnaissance à M. Gignoux, notre ancien maître, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans l'exécution de ce travail.

M. le docteur Vinay, qui a eu l'obligeance de nous communiquer trois observations personnelles nous permettra également de le remercier.

Nous remercions aussi M. le professeur Soulier d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nos camarades d'internat : MM. Porteret, Comte et P. Bourgin, qui ont prêté leur concours à ce modeste ouvrage, ont également droit à notre profonde gratitude.

DU
TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE
PAR LES BAINS FROIDS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le traitement de la pneumonie par l'hydrothérapie n'est pas une chose nouvelle, tant s'en faut. Le père de la médecine, Hippocrate, le recommande dans son traité du régime dans les maladies aiguës. Plusieurs médecins étrangers, tels que : Albert, en Allemagne ; Ojeda, en Espagne ; Gilchrist, en Angleterre, ont employé les bains tièdes. De même, en France, Chomel et Grisolles y ont souvent eu recours dans des cas désespérés. Il semble donc que le bain, d'une façon générale, ait toujours été considéré comme antiphlogistique. Dans le cas qui nous occupe, il est fort probable qu'on n'a employé les bains qu'en désespoir de cause et d'une façon empirique. Il n'est

St-Pothin, et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gignoux. Nous donnerons plus loin le résumé d'une observation due à l'obligeance de M. Clément, qui ordinairement traite la dothiéntérie par l'emploi de son appareil, et qui, dans ce cas, devant une pneumonie très grave, qui alla à 41,4, n'a pas hésité à employer les grands bains; ce traitement, d'ailleurs, a été suivi d'un succès complet.

Enfin, nous publierons trois observations très concluantes de cas semblables, que nous devons à l'extrême bienveillance de M. le docteur Vinay, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

CHAPITRE II

OPINION DES AUTEURS

Nous devons avouer qu'à part les médecins allemands, on trouve jusqu'à présent peu de partisans des bains froids. Beaucoup s'en rapprochaient en recommandant les compresses froides et les boissons glacées. Tel est le professeur Lépine, dans son article : « Pneumonie », du Dictionnaire de Jaccoud, 1880.

« Le bain froid dans la pneumonie, dit-il, n'a pas encore été employé chez nous d'une façon suffisante pour qu'il soit possible de l'apprécier. Ce n'est que d'après les auteurs allemands que j'en parle ici. » Il est partisan des compresses froides et des vessies de glace. Quant aux bains, il ne les donnerait qu'aux enfants.

Parmi les adversaires, nous pouvons compter Dujardin-Beaumetz qui, dans ses leçons cliniques de thérapeutique, se déclare absolument opposé aux bains froids parce que, dit-il, ils sont dangereux, mais sans aucune preuve à l'appui de son dire. Du reste, il s'appuie surtout sur une opinion semblable de M. Hanot et de M. Labadie-Lagrave. Ces auteurs sont partisans des bains tièdes et chauds.

Thomas, qui s'est occupé surtout de cette question chez les enfants, recommande les bains froids chez l'enfant, mais peu prolongés (5 minutes). Il ne veut pas non plus que la température du bain descende au-dessous de 25°.

Niemeyer, dès 1869, traitait les pneumonies en mettant sur le thorax des linges mouillés d'eau froide toutes les cinq minutes.

Liebermeister est d'avis que le bain froid n'est contre-indiqué à aucun âge.

Nous citerons comme partisans : Nissen d'Altona, Weber de Kiel, Ziemssen, Steffen, Fisser, Mayor, Bauer, Lewin, Samuel Jones, Gunsburg, Franz Keller et Gloyer, qui tous ont fait paraître des ouvrages sur la question.

Mais le partisan le plus déclaré des bains froids, c'est Jürgensen qui a guéri ainsi sa petite fille, âgée de 19 mois.

Voici la conclusion qu'il tire dans la dernière édition de son ouvrage, en 1883 : « J'en conclus, dit-il, qu'il faut traiter même les cas légers de pneumonie par la soustraction de chaleur ou par des antipyrétiques appropriés. C'est là une thérapeutique prophy-

lactique qui songe à ménager le cœur. Le médecin peu expérimenté ne devrait jamais l'oublier. Celui qui a une plus grande pratique, surtout s'il tient compte des caractères particuliers que peut revêtir la maladie, pourra davantage s'émanciper des préceptes classiques. »

CHAPITRE III

CARACTÈRE INFECTIEUX DE LA PNEUMONIE

Une considération autre que la co-existence fréquente de la dothiéntérie et de la pneumonie est venue, depuis quelques années seulement, assimiler davantage encore ces deux maladies. Nous voulons parler du caractère infectieux de la pneumonie. En effet, on considère aujourd'hui cette affection comme une maladie générale, et c'est pour ce motif qu'on baigne aujourd'hui les pneumonies graves, hyperpyrétiques et ataxiques, comme on le fait pour la fièvre typhoïde et la variole graves.

Une découverte récente et de la plus haute importance est venue jeter un jour tout nouveau sur la question, surtout au point de vue thérapeutique : c'est la découverte du microbe de la pneumonie.

Aujourd'hui, en effet, il est prouvé que, comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la tuberculose, etc., la pneumonie est due à la présence d'un micro-

coccus particulier que des expériences récentes faites dans différents pays ont mis parfaitement en évidence. Nous ne ferons pas ici l'historique de sa découverte, ce qui serait s'écarter du but restreint que nous nous sommes imposé. Nous rappellerons cependant qu'à la suite de la découverte de ce microbe par Eberth et Klebs, et de l'étude qu'en firent plus tard Friedlander et Frobenius, les médecins français ont repris tout récemment ces recherches et sont arrivés à des résultats des plus intéressants. MM. Talamon, Cornil et Afanassiew ont pu, non seulement trouver constamment le microbe dans l'exsudat de la pneumonie, mais encore le cultiver et en obtenir jusqu'à trois variétés.

Ce sont des granulations : les unes grandes et rondes (n° 1), les autres petites et rondes (n° 2), les troisièmes ovoïdes (n° 3). M. Talamon avait comparé ce microbe à un grain de blé. Il est entouré d'une capsule.

Le 31 mai 1884, à la société de Biologie, M. Cornil, au nom de M. Afanassiew et au sien, a pu déclarer qu'avec l'inoculation des trois variétés de microbes, surtout avec les numéros 2 et 3, il avait produit des pneumonies lobaires chez le rat, le cobaye et le chien.

M. Brown-Sequard, tout en accordant l'existence de microorganismes dans l'exsudat de la pneumonie, a opposé à cette théorie que, la pneumonie se développant surtout sous l'influence du froid, l'inflammation pulmonaire se produit pour ainsi dire par une espèce de traumatisme. Il nie la contagiosité de la

pneumonie. M. Cornil insiste sur la production expérimentale de la pneumonie par l'inoculation. Il ne répond pas sur la question de contagiosité. Cependant c'est la croyance de beaucoup de médecins des plus expérimentés et des plus instruits, et bien qu'en matière de sciences les preuves valent toujours mieux que les assertions, nous croyons que la pneumonie est réellement contagieuse. C'est l'opinion d'un grand nombre de nos maîtres dans les hôpitaux.

CHAPITRE IV

VALEUR DES BAINS FROIDS. — LEUR APPLICATION

La mortalité dans la pneumonie est en raison de l'extension des lésions, aussi la pneumonie double est-elle beaucoup plus grave que la simple (1).

Fismer donne la statistique suivante : sur 230 cas non traités par les bains froids (1858-66), il y eut 38 morts (26 0/0) et parmi eux 28 pneumonies doubles avec 10 morts (38,5 0/0).

Avec le traitement réfrigérant :

Mortalité de 16,5 0/0 au lieu de 26,1 0/0 pour la pneumonie en général.

Mortalité de 38,5 0/0 au lieu de 60,7 0/0 pour la pneumonie double.

Sur les 230 cas de la période des bains (1867-71), il y eut 152 baignés et 78 non baignés (ceux chez les-

(1) Nous empruntons ces détails à l'ouvrage de M. le docteur Gignoux (*Lyon médical*, 1883).

quels la T. A. n'atteignit pas 39 ou ne les dépassa qu'une fois ; aucun d'ailleurs ne mourut).

Jürgensen en a soigné 567. Il n'a eu que 72 décès, soit une proportion de 12,7 0/0.

Ces chiffres se décomposent ainsi : De 0 à 20 ans, 366 cas, 3 morts, soit 0,8 0/0 ; de 20 à 40 ans, 54 cas, 10 morts, soit 18,5 0/0 ; de 40 à 80 ans, 147 cas, 59 morts, soit 40,1 0/0.

Enfin, le numéro de la *Revue d'Hayem*, du 15 octobre 1883, contient le résumé d'un travail de Kisseleff sur le traitement de la pneumonie croupale. Kisseleff a traité 44 cas de pneumonie croupale, dont 23 par les bains froids et 21 sans bains. Toutes les conditions de régime et de traitement (2 grammes de quinine par jour et excitants) étaient identiques dans les deux groupes. Le bain était de 28 à 29° R. refroidi jusqu'à 12 à 16° R., et d'une durée de 10 à 15 minutes. Le traitement avait lieu d'habitude le soir, et était continué jusqu'à l'apparition de la crise. Effet favorable marqué sur les douleurs, les symptômes cérébraux et le sommeil. Quant à l'influence sur le cours de la maladie : 1° mortalité moindre, 4 avec les bains, 12 sans les bains, dans les cas de l'auteur ; 2° température, pouls et respiration donnent les même tracés ; mais avec les bains, la fièvre, au lieu d'être toujours à une température élevée, s'abaisse chaque fois de 1,5 à 3°, pendant quatre ou cinq heures, et en même temps le pouls et la respiration deviennent moins fréquents ; 3° la crise paraît survenir plus tôt ; 4° il y a autant de complications, mais elles évoluent plus favorablement ; 5° la convalescence est plus rapide.

On voit que les statistiques suisses et allemandes sont absolument encourageantes.

Quelle est maintenant la façon d'administrer les bains froids ?

Disons tout d'abord que personne n'a jamais songé à les donner comme unique traitement. Tout le monde est d'accord qu'il faut donner, à haute dose, de l'alcool et autres toniques.

C'est Jürgensen qui a contribué le plus à établir cette pratique. « Les excitants, dit-il, ne sont pas seulement le fouet, ils sont l'avoine pour le cœur. » Plus loin, il ajoute : « N'oubliez jamais que l'ennemi le plus dangereux du cœur est la température élevée, et celle-ci sera sûrement et rapidement abaissée par le bain. » Plus loin, il conseille des bains de sept à vingt-cinq minutes toutes les fois que la température est au-dessus de 40° chez un homme adulte.

Chez les sujets faibles, âgés, entre 38,5 et 39,5, bains de 25 à 28° de vingt à trente minutes.

Dans les cas où la température est élevée, bains très froids et répétés au besoin toutes les deux heures.

Chez tous, vin et excitants : un demi-litre à un litre de léger bordeaux rouge chez les enfants, le double chez l'adulte. Comme nourriture, plusieurs litres de lait par jour. « J'y ajoute, dit-il, de cinquante à cent grammes de cognac par litre pour rendre la boisson plus agréable au goût et faciliter la digestion par une fine précipitation de la caséine ». Mais il ne faut pas non plus exclure la viande de bœuf crue, râpée, les soupes de farine ou même des mets plus compliqués, pourvu qu'ils soient préparés ration-

nellement par petites portions trois ou quatre fois par jour, une heure après les bains, si le malade les prend volontiers. Dans quelques cas graves, une à deux cuillerées de bouillon concentré avec un à deux œufs par jour.

Fismer et Liebermeister donnent des bains de dix minutes à 20° toutes les deux heures, toutes les fois que la température dépasse 39°. Ils ajoutent deux grammes de sulfate de quinine toutes les quarante-huit heures, un gramme de digitale en vingt pilules, une par heure, ou de la vératrine à la dose de vingt-cinq milligrammes par jour.

Si le malade est vieux, ils donnent toujours le bain à 20°, mais pendant cinq ou sept minutes seulement.

Ziensen préfère dans ces cas le bain graduellement refroidi.

Voici en résumé quel traitement nous paraît le plus rationnel :

Si c'est un adulte robuste, lui donner un bain froid toutes les deux ou trois heures, si la T.R. s'élève au-dessus de 40,5, lui verser de l'eau froide sur la tête pendant le bain, comme le fait Brand. A la sortie du bain, lui faire boire du vin vieux ou du bordeaux ou du cognac étendu d'eau. Comme nourriture, du lait et quelques bouillons, s'il peut les prendre.

Si c'est un enfant, on pourra d'abord essayer les couvertures mouillées comme le fait M. Colrat dans la broncho-pneumonie. Si la T. R. ne baisse pas au-dessous de 40,5, on donne des bains répétés de 25 à 28°.

Si nous avons affaire à des vieillards avec une pneumonie présentant des symptômes d'ataxie et d'adynamie très marqués, on les mettrait également aux bains à 28°.

Nous citons en entier une observation de bains froids dans une pneumonie de la plus grande gravité que nous eûmes l'occasion de recueillir dans le service de M. Gignoux, pendant que nous étions son interne.

Bien que le traitement ait été suivi de mort, nous avons été convaincu absolument de l'efficacité des bains froids en voyant l'amélioration immense qui suivait chaque immersion

OBSERVATIONS

I

Pierre B., verrier, 17 ans, mère morte phthisique il y a quatre mois. Tousse depuis un mois et garde la chambre. Depuis cinq jours, frisson violent, céphalalgie. Point de côté à gauche sur lequel son père a mis un vésicatoire. Toux et crachats sanglants. A gardé le lit depuis ce temps-là. Entré à l'Hôtel-Dieu le 20 octobre 1883, salle St-Augustin, n° 15. A ce moment, la fièvre est modérée. On constate dans toute l'étendue du poumon gauche, en arrière, de la matité, du souffle tubaire, de l'augmentation des vibrations. Rien à droite, que quelques râles humides disséminés. Le 21, au matin, le malade est dans le coma. Il ne sent aucun excitant; des sinapismes appliqués depuis une heure n'ont pas été perçus. Résolution des membres; ne répond rien aux questions. Aspect franchement typhique. Si l'on ouvre sa bouche, on trouve sa langue rôtie,

lisse au milieu, râpeuse sur les bords, gencives et lèvres couvertes de fuliginosités noires et épaisses, ne tousse plus, ne peut boire. Pouls très mou, dicrote (120) T. R. 40,9. Respiration à peu près régulière. Abdomen météorisé. Ni taches ni gargouillement. L'état semble d'une gravité extrême; le malade paraît devoir entrer prochainement dans la période agonique. A l'auscultation, souffle tubaire dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière. A droite, matité et souffle dans le tiers inférieur. Rien en avant.

On donne immédiatement un bain de 22° et de 15 minutes. Il est très bien supporté. Il ne perçoit pas le froid du bain, mais les affusions plus froides le réveillent et le font geindre. Il commence à tousser à la fin du bain et expectore des crachats rouillés.

22 octobre. — Pris 8 bains depuis hier. Etat général transformé. Lucidité complète. Langue fraîche et rose. Après chaque bain a absorbé un potage avec plaisir. A gauche, le souffle est moins intense, mêlé de râles. A droite, pas de modifications. Une selle normale après un lavement froid. Respiration naturelle, pouls 140.

23. — Bains continués toutes les 3 heures. T. R. toujours élevée avant les bains près de 40°, s'abaisse environ d'un degré. Etat général excellent. Respiration normale, pouls toujours fréquent, un peu petit 134. A gauche, souffle remplacé par de nombreux râles de retour; mais à droite, le souffle s'est propagé à toute l'étendue du poumon en arrière. Crachats rouillés abondants, mélangés de quelques crachats muqueux venant probablement du poumon gauche.

24. — Plus rien à gauche, que de nombreux râles. A droite le souffle persiste très intense. Pouls 128. Dans le bain il baisse ordinairement à 100. Etat général excellent; mange avec plaisir. Urines très abondantes, légèrement albumineuses. Prend toujours des bains toutes les 3 heures, la température remontant toujours assez haut quelque temps après le bain.

25. — N'a pas pris de bains depuis douze heures, à cause

d'une douleur vague dans l'abdomen qui effraya l'infirmier. A dix heures du matin T. R., à 40,1. Pouls toujours rapide 130; la respiration est normale, et l'on note spécialement que le diaphragme remplit parfaitement ses fonctions. L'auscultation à droite comme à gauche fait constater la disparition du souffle, la présence de nombreux râles de retour. Presque pas de matité. L'indication à remplir était donc d'abaisser la température, mais il fallait tenir compte de la proximité probable de la défervescence que faisait espérer la date éloignée de la maladie (9^e jour) et l'amélioration des symptômes thoraciques. Une autre indication aussi pressante résultait de l'état du pouls, qui nous faisait craindre un défaut d'action du cœur. On insista sur la méthode excitante, tout en faisant une réfrigération suffisante, et l'on donna le demi-bain à 28° durant 10 minutes, avec trois larges affusions froides à 12°, sur la tête et le tronc. Le bain fut très bien supporté, il ne se plaignait plus de ses douleurs abdominales, disant qu'il en prendrait comme cela tant qu'on voudrait. Le pouls arriva à 100. Une fois dans son lit, M. R. Tripier l'examina avec beaucoup d'attention, partagea notre manière de voir sur l'ensemble du traitement et nous crûmes tous que la défervescence était proche. Il ne manquait pour un bon pronostic qu'un pouls plus fort et un peu moins rapide.

Ce caractère du pouls, qui remonta rapidement à 130 après le bain, fut la seule circonstance qui diminua notre étonnement lorsque nous apprîmes que vers trois heures le malade devint plus affaîssé, se plaignit de nouveau de ses douleurs abdominales, que vers cinq heures les premiers signes d'asphyxie s'étaient manifestés et que vers 9 heures il était mort.

Aucune intervention thérapeutique n'a eu lieu après le bain du matin.

L'autopsie montra le poumon gauche en résolution presque complète, sauf çà et là, à la base, quelques points en hépatisation rouge. A droite, une grande partie de la base est en pleine hépatisation rouge; à la partie inférieure, quelques

noyaux d'hépatisation grise manifeste. Sérosité sanguinolente dans les deux plèvres et le péricarde. Adhérences pleurales, surtout à droite, avec le diaphragme dont toute la surface pleurale est couverte d'exsudats fibrineux de nouvelle formation. Rien du côté de l'abdomen ni de l'intestin. Le cœur est sain, la fibre musculaire est décolorée.

Voici maintenant le résumé des observations personnelles de M. Gignoux.

OBSERVATION II

S..., 28 ans, employé d'agent de change, bonne santé antérieure, est apporté sur un brancard à l'Hôtel-Dieu. Surmené par un travail excessif, il eut de la lassitude le 23 avril, le 24 et jours suivants, l'état s'aggrave. Entré le 28 à l'Hôpital. Pouls, 116. T. R. 40,5, au-dessus de 40° depuis trois jours. On le met immédiatement au bain à 20°.

Amélioration. — Tousse un peu; à l'auscultation, on trouve à droite, en arrière, du souffle tubaire. Jusque-là, on l'avait considéré comme typhique. Compresse froide thoraciques.

Le 29, six bains dans la journée. Grande amélioration. Appétit, sommeil; urines abondantes, albumineuses, quelques crachats rouillés. Le 30, sept bains. Cessation des bains à ce moment, vu l'état excellent du malade, qui sort huit jours après.

OBSERVATION III

C..., peintre, 46 ans. Après une longue promenade au soleil, lassitude, courbature, légers frissons. La nuit, agitation et délire, 5 juillet 1881. Le 6 au matin, facies typhique, céphalée intense, prostration. Plus de 40° dans l'aisselle. Pouls, 118. A midi, un bain de 20 minutes à 20° Après le

bain, le malade se croyait guéri. Tousse un peu et expectore des crachats sanguinolents. Pas de point de côté. A la base droite, en arrière, matité et souffle tubaire dans le quart inférieur.

Le 7, la fièvre est revenue, nouveau bain.

Le 9, quatre bains ; le 10, trois bains.

Le 11, un bain à midi. A 2 heures, un point de côté très violent au point malade, mais le pouls est à 80. Crachats rares, muqueux. Râles de retour plus nombreux. Trois jours après son seizième bain, le malade était levé et dessinait dans sa chambre.

OBSERVATION IV

Jacques D..., 14 ans, maigre, très grand. Pas d'antécédents héréditaires. Le 5 juin 1883, s'est couché bien portant. A été réveillé au milieu de la nuit par une céphalalgie violente. Le 6, délire continu, toux et vomissements, crachats rouge vif, mousseux, non adhérents. Pouls 134, T. R. 40,9. Rien à l'auscultation. Le 7 juin, l'état a empiré. Pouls 140, T. R. 40,9. On le met au bain à 24° pendant 10 minutes. 8 juin, cinq bains, T. R. 40 et 41 avant les bains. Ne baisse guère que de cinq dixièmes chaque bain. Toux moins fréquente, dyspnée diminuée.

9 juin, sept bains à 23°. Amélioration énorme. Pouls 120. Plus de toux.

10 juin. — Symptômes ataxiques. Dix bains à 22°. Point de côté très violent en arrière et à droite. On entend du souffle tubaire très net. Matité dans le quart inférieur en arrière et à droite. Après les bains, grande amélioration qui continue le 12 juin. Trois bains ce jour-là. Le soir, température au-dessous de 39°. Plus de bains.

Le 13. — T. R. 37,5. Pouls 72. Guérison complète.

OBSERVATION V

Un garçon de 15 ans, manœuvre maçon, arrivé au mois de septembre 1882. — Alité depuis trois jours, il avait eu un long frisson, un point au niveau du mamelon droit et de la toux. T. R. 40,3. Pouls 128. Un peu d'amélioration le lendemain. Le jour suivant (5^e jour) délire toute la nuit. T. R. 41,1. Pouls 140. On le couvre de larges compresses froides sur le thorax, les flancs, l'abdomen, les cuisses, et on les renouvelle toutes les cinq minutes. Lavements froids toutes les deux heures. Vin, bouillon, potion de Todd.

Le lendemain, grande amélioration. Quelques crachats rouillés. Le 7^e jour, l'amélioration continue, mêmes signes stéthoscopiques. Le 8^e jour, la peau est fraîche, plus de compresses. T. R. 37,2. Le malade est guéri sans convalescence.

Nous allons donner le résumé d'une observation due à la bienveillance de M. le D^r Clément et de M. Comte, son interne.

Marie Saumaille, 21 ans, ménagère, entrée salle Montazet le 24 septembre 1883. — Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. Deux enfants. Il y a 15 jours, elle a été prise de frissons sans autres malaises bien accentués. Elle ne s'est alitée que depuis huit jours, et depuis cette époque elle se plaint de maux de tête. Pas d'épistaxis.

Le 19. — Diarrhée qui a duré six jours. Délire depuis deux ou trois jours. Face cyanosée. Langue rouge. 44 respirations à la minute. Gargouillement très intense dans la fosse iliaque droite ; 4 ou 5 papules sur l'abdomen. Submatité dans la moitié inférieure gauche, souffle tubaire dans

toute la hauteur, nombreux râlescrépitants et sous-crépitants dans les secousses de la toux. A droite, sonorité et respiration normale.

25. — Subdélirium. T. R. 40,3. Langue rôtie, muquet. Elle a pris régulièrement les bains de l'appareil de M. Clément. Opisthotonos et trismus. Soubresauts des tendons.

26. — Bains d'appareil : maximum 40,5, minimum 39°.

27. — Pas d'amélioration. Le souffle tubaire est très intense dans toute la hauteur du poumon gauche. On remplace les bains d'appareil par les bains généraux.

28. — La descente de la température après chaque bain a été de 1,5 à 2 degrés. Mais en retour elle est de 41,2 et 41,4. Etat stationnaire. Légère connaissance.

29. — Amélioration évidente. Dans le courant de la nuit, elle a eu 38,8, matin à 10 heures, 40,6.

30. — Une seule fois hier la température a dépassé 40. Retour complet de la connaissance. Toujours de la submatité dans toute la hauteur du côté gauche, le souffle tubaire est moindre, râles sous-crépitants redux. Plus de diarrhée.

1^{er} octobre. — La malade va seule au bain.

5. — Amélioration. Plus de stupeur. Elle a sauté 5 bains.

6. — Ne prend plus de bains. T. maxima 38,7, minima 37,6. Encore un peu du souffle et des râles sous-crépitants redux.

25. — Pleine convalescence.

OBSERVATION VI

Observation de pneumonie fibrineuse chez un enfant, traitée avec succès par les bains froids (lue à la section des Maladies des enfants), par William Day, médecin à Samaritan Hospital (femmes et enfants).

N..., âgé de 13 ans, enfant bien constitué quoique petit pour son âge, tombe malade à l'école et rentre chez lui le

16 décembre. Il n'avait jamais eu de maladie sérieuse, sauf la scarlatine quelques années auparavant. Une semaine avant sa rentrée, il se plaignait de frissons, de constipation et tousait un peu. Cependant, dans la journée du 16, il mangea avec appétit, mais se coucha de bonne heure avec des maux de tête. Vomissements vers neuf heures du soir.

Le lendemain, 17 décembre, il avait passé une nuit agitée, avec un peu de délire. Dès le matin, il prit un peu de réglisse composée qui fut sans effet sur l'intestin. Il avait de la fièvre et vomissait tout ce qu'il prenait. Peau très chaude, pouls rapide. Rien d'anormal à l'examen de la poitrine. L'abdomen est tendu, météorisé, on y applique un large cataplasme de farine de lin.

Le 18 décembre, après une nouvelle nuit agitée, il tousse beaucoup. Dès le matin, fièvre, vomissements, ventre toujours distendu. On donne six grains de poudre de scammonée composée, qui produisent une purgation franche avec selles liquides, fétides. L'examen des poumons ne fait découvrir ni obscurité de la respiration, ni râles. On prescrit une légère dose de teinture d'aconit dans de l'eau, à prendre tous les quarts d'heure en six fois.

Le 19 décembre, mauvaise nuit, délire, le malade cherche à sortir de son lit. Pouls rapide, température élevée. On continue l'aconit, il ne produit ni abaissement de température, ni transpiration. Le 20 décembre, autre mauvaise nuit avec fièvre, agitation, le malade se plaint également de douleurs dans l'abdomen.

Je le vis pour la première fois à deux heures de l'après-midi. Je constatai une profonde stupeur, de l'abattement, de l'insomnie. On ne tirait de lui que des réponses sans suite, il semblait se plaindre surtout du ventre qui était tympanique, très douloureux à la pression. Pouls 40, fort, respirations 56, température 41°. Lèvres sèches, langue recouverte d'un épais enduit saburral, pupilles contractées. A l'examen de la poitrine, dans la moitié inférieure du poumon gauche en arrière, diminution de la sonorité, murmure vésiculaire rude,

soufflant. Malgré cela, je pensais avoir affaire à une fièvre typhoïde. A six heures, comme la température restait la même, qu'il était extrêmement agité et que le délire s'accroissait, il fut mis dans un bain à 33°, on ajouta peu à peu de la glace de façon à amener le bain à 21°. Il y resta cinq minutes et en fut retiré avant qu'il eût eu des frissons. Il fut ensuite frictionné vigoureusement avec une serviette et enroulé dans une couverture. A ce moment, la température était à 38,1. Il fut laissé en repos pendant deux heures au bout desquelles la température était à 38,8. A huit heures, il avait 40° et comme il présentait beaucoup de délire et d'agitation, il prit un nouveau bain de huit minutes après quoi la température tomba à 38,1. Il but volontiers de l'eau glacée. Il prit, toutes les quatre heures, 10 grains de salicylate de soude et une solution d'acétate d'ammoniaque. A 9 heures 1/2 du soir, pouls 140, respiration 50, température 39,7. Ventre toujours ballonné, mais pas de traces d'éruption.

21 décembre, à neuf heures du matin, on m'apprit que le malade avait passé une nuit agitée et qu'on avait eu de la peine à le maintenir au lit : pouls 140, respiration 30, température 40,4. Nouveau bain de cinq minutes, la température tombe à 38,8.

A midi, comme la température était remontée à 39,8, avec un pouls à 140 et 50 respirations par minute, il eut un nouveau bain de cinq minutes, qui abaissa encore un peu la température. A trois heures de l'après-midi 40,4, nouveau bain. A cinq heures, la température tombe à 39,1, à sept heures 39,9, à neuf heures 40,1, pouls 120, respiration 40, un bain, à neuf heures 43, 39,7, à onze heures 30, température 40,4. Un bain à midi, abaisse la température qui, au bout de deux heures tombe à 38,8. A 2 h., le malade perd ses urines temp. 40°; à trois heures 30, 40,4, délire violent. Bain à 4 heures 40 après lequel la température est 39,6; à 6 heures 40, 40,4; à 7 heures, un autre bain et en une demi-heure la température tombe à 38,4, le malade semble moins agité et dort un peu. A 9 heures 40, temp. 39,3, pouls

130. A 10 heures 40, bain et à 11 heures 20 la température avait légèrement baissé, l'intelligence du malade semble revenir. Urines acides, fortement colorées, contenant des traces d'albumine. A minuit, le 22 décembre, température 39,6 et bain une demi-heure après. A 1 heure 30 du matin, la température tombe à 38,8, il perd ses urines. A 3 heures, temp. 39,9, pouls 140, respiration 60. A 3 heures 25, bain après lequel température 38,5. A 5 heures 38,8, respiration 50, une heure de sommeil. A 6 h. 15 m, 40,4, autre bain; une heure après 39,1, le malade revient à lui, il a conscience de ce qui se passe autour de lui, pouls 120. A 8 heures 39,7, et à 8 heures et demie, la température remontant à 40°, autre bain. Au moment de la visite, à 9 heures et demie, temp. 39,5; dans toute la moitié inférieure du poumon gauche en arrière, on entend des râles crépitants caractéristiques, du souffle tubaire et surtout de la bronchophonie. L'obscurité de la respiration est surtout limitée au lobe moyen. Plus de doute que le malade eût une pneumonie. Un large cataplasme de farine de lin est appliqué sur tout le poumon gauche. Je lui enveloppai alors les bras de compresses mouillées entourées de toile imperméable. Les bains furent interrompus. Je prescrivis un mélange de chlorate de potasse et de quinine avec cinq faibles doses de vin d'ipéca, à prendre toutes les quatre heures. A onze heures, la température tombe à 38,8 et à midi 38,2. Comme le malade paraît affaibli, on suspend les compresses mouillées et on lui applique des corps chauds aux pieds. A une heure 30 de l'après-midi, la température reste la même, à 3 heures 30, elle tombe à 37,7, le malade urine de lui-même et dort tranquillement. A 5 heures 30, la température remonte rapidement à 39,6, pouls 140, respirations 68; une large plaque rouge apparaît sur la joue gauche, le malade tousse un peu. A 6 heures 30, la température tombe à 39,1, un peu de sommeil de temps en temps, à sept heures et quart 38,8; à huit heures 30, elle remonte à 39,9; à minuit 39,5. Urine acide, très colorée, densité 1020, pas de traces d'albumine.

22. — (8^e jour de la maladie). Température à 4 heures du matin 38°5, pouls 120, respiration 50. A 6 heures, le malade est moins bien : température 39°4, pouls 140, respiration 70. A ma visite (9 heures 30), la température est à 39°6, le malade éprouve quelques douleurs dans le ventre et son aspect général est peu satisfaisant. Je prescris un lavement d'eau de savon, qui produit son effet et abaisse la température à 38°5; une heure après, elle remonte à 39°6, à 2 heures de l'après-midi, 39°3, à 3 heures, 39°6, à 6 heures, elle a atteint 40°, bien qu'on ait renouvelé les compresses froides autour des bras. Toux très pénible, accompagnée d'expectoration, pouls 120, respiration 44. A minuit, température 38°1, pouls 120, respiration 44.

24. — A la visite de 9 heures 30, le malade a dormi 7 heures, il demande quelle est sa température et semble beaucoup mieux qu'il n'a été depuis le début de sa maladie. La température est tombée à 37°3, pouls 96, respiration 41. Un peu plus tard, il tousse beaucoup et se plaint de douleur dans l'abdomen.

25. — La température oscille entre 37°3 et 38°6, toux pénible, agitation même pendant le jour; on entend des râles crépitants dans tout le poumon gauche. Je prescris une potion au bromure de potassium et au carbonate d'ammoniaque et une légère dose de vin d'ipécacuana.

27. — L'enfant a bien dormi, il est bien mieux; le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue du poumon; du sommet à la base, on entend à peine quelques râles crépitants dans les grandes inspirations, température 37°, pouls 80, respiration 36, la langue est nettoyée de son enduit, le ventre est libre.

Le 30, le malade va moins bien : obscurité très grande de la respiration s'étendant de l'épine de l'omoplate au tiers inférieure du poumon gauche, on entend aussi des râles crépitants fins et de la bronchophonie. La face est rouge, l'enfant se plaint de point de côté, dyspnée très-considérable. Une solution faible de teinture d'iode (1 pour 4) est appliquée

nuit et jour sur le côté malade. On ordonne en même temps à l'intérieur une potion à l'iodure et au bromure de potassium, et de la teinture de quinquina.

1^{er} et 2 janvier. — Température le matin 37°, le soir 38°4, Râles crépitants dans la moitié supérieure du poumon gauche, obscurité encore plus grande de la respiration, bronchophonie, toux fréquente, mais sans expectoration.

4. — La température est normale le matin, mais elle atteint 39° le soir, rougeur des deux joues, mais l'état des poumons est un peu plus satisfaisant.

J'étais alors tenté d'attribuer cette particularité à l'apparition de tubercules dans le poumon, ou peut-être n'était-ce dû qu'à l'excitation causée par les nombreuses visites que l'enfant avait reçues pendant la journée.

10. — Les trois jours précédents, la température a été 37,2 le matin et 39,5 et au-dessus, le soir. Le malade est pâle, il semble cependant aller mieux, il n'a ni transpiration ni diarrhée. L'examen du poumon malade révèle un peu d'obscurité et de la bronchophonie au niveau de l'épine de l'omoplate et deux travers de doigts au-dessous. L'air entre librement dans le poumon et on entend à peine quelques râles crépitants. Toux fréquente et quinteuse, l'inflammation gagnant le larynx. On fait prendre au malade de la quinine et un peu de morphine trois fois par jour.

15. — Depuis le dernier examen, la température a été assez élevée le soir, la toux pénible, et pendant la nuit le petit malade a eu de l'agitation et des transpirations abondantes. Le matin, il expectore quelques crachats épais, visqueux, muco-purulents; on entend des râles crépitants plus francs. Trois jours après, la température étant normale matin et soir, l'enfant est transporté dans une pièce plus vaste.

22. — Plus de transpirations, plus de râles crépitants, langue bonne, l'appétit et le sommeil sont revenus. Plus d'obscurité respiratoire, le murmure vésiculaire s'entend bien et ne s'accompagne d'aucun râle. Dix jours après, l'enfant est

envoyé sur le rivage de la mer, et au bout d'un mois il est complètement guéri.

Réflexions. — Bien qu'un seul cas ne puisse suffire à établir un traitement d'une manière générale, c'est cependant par la réunion de tous les cas particuliers qu'on arrive pratiquement à édifier la base de tout succès thérapeutique. Dans le cas dont il s'agit, le diagnostic ne put être fait que le sixième jour de la maladie, alors que le traitement était déjà institué. Une légère rudesse respiratoire, l'absence de toux et de point de côté éveillaient peu l'idée de pneumonie, tandis que d'autre part la sécheresse des lèvres, les fuliginosités des dents, le délire et l'agitation et, en outre, une température élevée et des douleurs abdominales étaient si bien les symptômes de la fièvre typhoïde que je crus avoir affaire à cette affection. C'est pourquoi je prescrivis les bains froids. Le professeur Bozzolo a publié un certain nombre d'observations sur l'effet des bains froids et des bains refroidis graduellement dans la pneumonie, et son expérience confirme les conclusions que je pourrais tirer de cette observation et qui sont que :

- 1° Les bains froids abaissent la température et la maintiennent abaissée pendant quelque temps ;
- 2° Ils doivent être répétés toutes les trois heures ;
- 3° La mortalité par les bains froids est moindre que pour tout autre traitement.

Le professeur Flint a traité la pneumonie par le drap mouillé, lorsqu'il s'agissait de sujets robustes, que la température était très élevée et qu'il n'y avait pas de complications. Il ne lui trouve aucun avantage si la température n'atteint pas au moins 39,7. Le malade est enroulé dans un drap trempé dans l'eau à 26°. Toutes les dix ou quinze minutes, le drap est de nouveau trempé dans l'eau à la même température. Si des frissons surviennent, le malade est enveloppé dans une couverture, qu'on retire ensuite lorsque l'impression du froid a disparu. Quand la température est

suffisamment abaissée, on retire le drap mouillé et on l'applique de nouveau dès que la température s'élève. Le professeur Flint considère que cette méthode est sans danger et qu'elle produit des résultats heureux et rapides. (Voir *Practitioner*, vol. XX vili, 1882, p. 29.)

Quant à moi, il me semble que la plus pressante indication de ce mode de traitement, soit l'élévation de la température, 40°, par exemple, mais même alors je ne l'emploierai qu'autant qu'il y aurait du délire et d'autres symptômes alarmants résultant de la persistance de l'hyperthermie. S'il n'y avait pas une grande accélération du pouls et de la respiration et si la fièvre n'était pas assez violente pour réduire rapidement les forces du malade, je préférerais attendre. J'essayerais alors d'obtenir une amélioration en arrosant continuellement la face et les bras avec de l'eau froide, en même temps que j'aurais recours à d'autres médicaments, tels que le salicylate de soude et la solution d'acétate d'ammoniaque, car il faut se rappeler que ces remèdes conduisent quelquefois à d'heureux résultats en produisant d'abondantes transpirations.

Quelque temps après cette guérison, je fus appelé à donner mes soins à un jeune garçon atteint de pneumonie. C'était le 4^e ou le 5^e jour de la maladie, la température oscillait entre 39,5 et 40,5, mais il n'y avait alors, à proprement parler, ni délire, ni agitation. Le pouls ne dépassait pas 120, il n'avait que 38 respirations par minute. Je constatai de l'obscurité respiratoire d'un côté, du souffle tubaire et de la bronchophonie ainsi que quelques râles crépitants fins. Les signes physiques de la pneumonie n'étaient donc pas douteux. Anorexie, toux fréquente, point de côté très douloureux. Il faut noter aussi une diminution notable dans l'étendue des mouvements respiratoires du côté malade.

Il est inutile de dire que les bains froids n'ont jamais manqué d'abaisser la température, de diminuer le délire et l'agitation et de produire le repos et le sommeil ; mais il est également évident qu'il y aurait eu avantage à augmenter la

durée des bains. Je ne pouvais en surveiller moi-même l'emploi ; mais il est certain qu'il eût été préférable de les prolonger jusqu'à ce qu'ils eussent produit un abaissement encore plus considérable de la température et de plus grandes modifications dans l'organisme. Dans un cas semblable, je suivrai sans hésiter cette règle de conduite. Ce serait peut-être de la présomption de dire que la guérison est due à la méthode employée, mais il est certain que les bains ont toujours été très bien supportés et n'ont jamais eu de suites fâcheuses. Dans les cas d'hyperthermie, dans le rhumatisme articulaire aigu et la fièvre typhoïde, nous sommes peu à peu arrivés à cette conclusion : le bain froid est un des meilleurs, sinon le seul moyen, de prévenir l'élévation excessive de la température et il y a peut-être même d'autres maladies dans lesquelles il pourrait rendre des services. Le malade a pris en tout 14 heures de bain dans l'espace de 43 heures et ils ont été supprimés, lorsque je fus convaincu que je n'étais pas en présence d'une fièvre typhoïde. Ce qui est bien certain c'est que les bains n'ont jamais manqué d'abaisser la température pour un certain temps et de diminuer le délire et l'agitation.

En revenant sur ce qui a été dit, on peut relever deux erreurs (si toutefois on peut appeler cela des erreurs), la première, c'est qu'on aurait pu laisser sans inconvénient le malade dans le bain jusqu'à ce que la température fût assez basse; la deuxième, c'est qu'on aurait pu attendre que la température fût remontée plus haut avant de donner un nouveau bain.

Lorsque parurent les signes physiques de la pneumonie, je cessai l'emploi du bain froid (bien que la température restât élevée), pour la raison mentionnée plus haut, c'est-à-dire que je ne l'avais jamais employé dans cette affection. J'eus recours alors aux compresses et aux éponges froides ; bientôt après la température tomba à 38,2 et le malade donna des signes d'abattement, néanmoins la température, relevée de nouveau, redescendit ensuite, en même temps que la tempéra-

ture et l'expectoration venaient montrer que le froid prolongé n'était pas d'un bon effet.

Il est difficile d'apprécier les avantages de tel ou tel traitement dans certains cas; nous tentons naturellement à leur attribuer une importance imméritée; mais il me semble que dans ce cas le bain froid était indiqué par l'agitation, le délire et le funeste effet d'une température élevée sur le système nerveux. Bien que la température puisse être élevée dans un autre cas de pneumonie, je trouve que je ne serais alors amené à me servir du bain froid, qu'autant qu'il y aurait d'autres symptômes alarmants chez certains tempéraments. La température peut s'élever outre mesure, sans qu'il faille attacher à ce seul signe une importance trop grande.

Les trois observations qui suivent sont dues à l'obligeance de M. le docteur Vinay, médecin des hôpitaux de Lyon. Les deux premières proviennent de deux malades de son service, salle Saint-Irénée, hôpital de la Croix-Rousse; la troisième sort du service de M. Drivon, salle Saint-Pothin, hôpital de la Croix-Rousse et a été rédigée par M. Mouisset, interne du service.

OBSERVATION VII

Pneumonie aiguë droite à forme typhoïde. — Bains froids à 20° toutes les trois heures. — Guérison.

Monteul Jean, 20 ans, manœuvre, né à Eymoutiers (Haute-Vienne). — Entré à l'hôpital de la Croix-Rousse le 31 mars 1884 (salle Saint-Irénée, 58). Le 28 mars au soir, céphalalgie, courbature, rachialgie. Pas d'épistaxis ni de vomisse-

ments. Actuellement, 31 mars, le malade est dans un léger état d'hébètement. Langue blanche, humide, non rouge sur les bords. Face vultueuse; peau moite, couverte d'une sueur abondante. Aucune trace d'éruption variolique ou typhique. Quelques plaques d'herpès au niveau de la lèvre inférieure et du menton. Ventre souple non ballonné. La pression dans la fosse iliaque droite est très douloureuse. Un peu de gargouillement iléo-cœcal. Un peu de diarrhée.

L'examen approfondi des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal. Les urines contiennent de l'albumine.

2 avril. — Un peu de diarrhée involontaire. Persistance du gargouillement et de la douleur iléo-cœcale. Rien du côté des poumons. Le malade se plaint vivement de douleurs au niveau des testicules, qui ne présentent rien de particulier.

3. — Ce matin, on constate au fond du crachoir un petit crachat rouillé. A l'examen de la poitrine, matité dans la fosse sous-épineuse droite et le reste inférieur du poumon. A l'auscultation : souffle bronchique peu marqué et quelques râles crépitants par les efforts de toux vers la partie moyenne du poumon, en dedans de l'épine de l'omoplate. Il y a toujours de la diarrhée incoercible, de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Les douleurs testiculaires ont disparu.

Pouls dicrote, à 112; respiration 24.

Peu de toux. Expectoration très rare. Langue humide, rouge à la pointe. Pas d'épistaxis. Diminution du gonflement de la rate. Pas de taches rosées. Quelques taches ombrées sur l'abdomen. Les urines ne contiennent plus d'albumine.

4. — Les bains déterminent un abaissement marqué de la température. L'état général reste le même. L'appétit ne s'est pas développé. Langue bonne, humide. Lèvres rosées, sans fuliginosités. L'expectoration est toujours safranée, très rare. La diarrhée persiste ainsi que le gargouillement iléo-cœcal.

A l'auscultation : mêmes signes que la veille, mais plus marqués; on entend un souffle tubaire en dedans de l'épine

de l'omoplate, et des râles au-dessous ; le sommet et la base du poumon droit sont absolument indemnes.

Pouls 100, non dicrote ; respiration 24.

Pas d'albumine dans les urines.

5. — Le souffle bronchique persiste à la partie moyenne du poumon en arrière. L'expectoration est visqueuse, couleur caramel. Persistance du gargouillement iléo-cœcal. Un peu moins de diarrhée. Etat général favorable. Le malade a toujours son aspect typhique du début.

6. — Le malade a sauté un bain pour la première fois. Langue humide, un peu blanchâtre. A l'auscultation : on entend de nombreux râles de retour dans les points qui sont le siège de l'hépatisation. Le malade supporte assez difficilement les bains surtout pendant la nuit ; néanmoins, il dort paisiblement dans leur intervalle. L'expectoration est toujours sanglante et peu abondante. Persistance du gargouillement iléo-cœcal. Diminution notable de la diarrhée.

Pouls 98 ; respiration 22.

7. — Le malade va mieux. Les urines sont abondantes, boueuses ; les bains sont de plus en plus rares. Le souffle tubaire a disparu en arrière. A sa place, on entend une respiration soufflante avec de nombreux râles de retour. A partir de l'angle inférieur de l'omoplate, on a de la sonorité tympanique jusqu'à la base de la poitrine. Toujours un peu de toux et d'expectoration safranée.

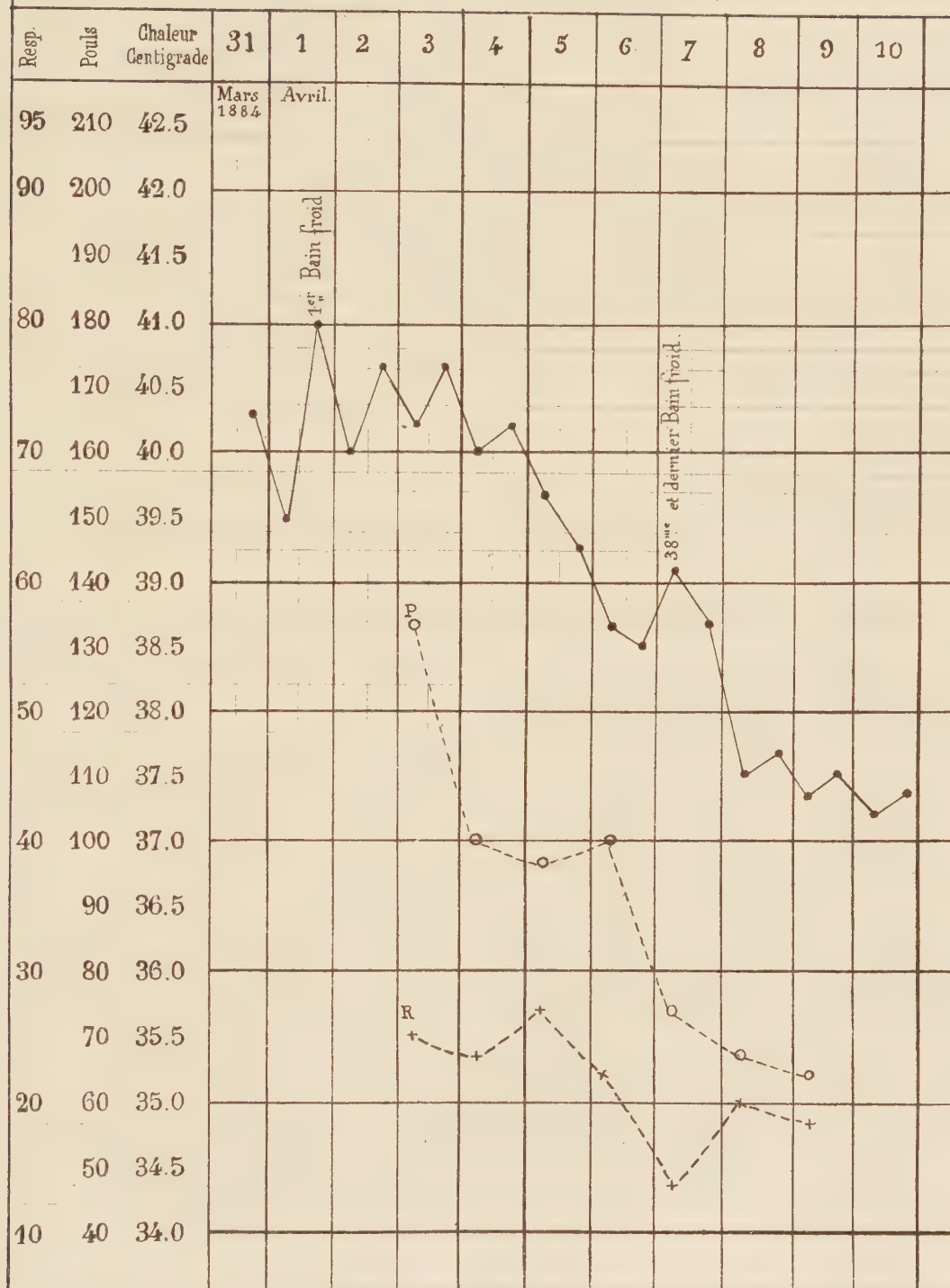
Pouls 72 ; respiration 14.

Pas d'albumine dans les urines.

8. — Ce matin, apyrexie complète. Le malade est très tranquille ; pas de bains depuis hier matin. Les symptômes locaux du côté de la poitrine s'amendent. Toux quinteuse ; expectoration entièrement blanchâtre. Les urines sont foncées ; elles contiennent beaucoup d'urates, mais pas d'albumine.

9. — Pour la première fois, le malade demande à manger (un œuf). Etat général excellent. A l'auscultation : quelques râles de retour dans la fosse sous-épineuse. L'expectoration est spumeuse, diffluente, non sanglante.

NOM *Monteul Jean*, 20 ans Salle S^e Irénée, 58.



10. — Convalescence. Pouls légèrement irrégulier. Toujours quelques râles à l'auscultation de la fosse sous-épineuse ; quelques frottements pleuraux sur la ligne axillaire, au-dessous du mamelon.

Le malade, ayant été atteint de variole, fut évacué sur les salles d'isolement ; à sa sortie de l'hôpital, le fonctionnement de l'appareil pulmonaire n'offre rien d'anormal ; le malade sort en bonne santé.

OBSERVATION VIII

Pneumonie aiguë (droite) érysipélateuse. — Pleurésie consécutive. — Bains froids à 22° toutes les trois heures. — Guérison.

B. F., 28 ans, terrassier, né à Bénézi (Italie), entré, le 14 janvier 1884, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Irénée n° 50. Pas d'antécédents héréditaires directs. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. 5 frères et sœurs en bonne santé.

Il y a deux ans, le malade aurait légèrement toussé pendant une année, il aurait eu à cette époque quelques sueurs nocturnes, un peu d'amaigrissement, mais jamais d'hémoptysies.

Le 11 janvier, au soir, le malade est pris subitement d'un frisson violent et prolongé pendant une heure. Il se couche, prend de la fièvre, tousse un peu le lendemain. Le 13 janvier, point de côté douloureux, siégeant au-dessous du mamelon droit. Pas d'expectoration au début. Céphalalgie assez vive. Anorexie complète. Actuellement, le malade tousse fréquemment. L'expectoration est visqueuse, adhérente, safranée.

A l'examen des poumons, on trouve en arrière, à droite, de la submatité dans les fosses sus et sous-épineuses. A ce niveau, la respiration est légèrement diminuée ; les vibrations thoraciques paraissent augmentées. En auscultant la région

axillaire, on entend de la respiration soufflante vers le point le plus élevé du creux axillaire et au niveau du mamelon de nombreux râles crépitants.

A la percussion, en avant et à droite, on constate de la sonorité skodique dans les trois premiers espaces intercostaux, sans phénomènes stéthoscopiques.

16. — La fièvre augmente, ainsi que l'agitation. Nuit mauvaise. Cependant il y a peu de toux ; le point de côté a disparu. Constipation depuis le début de la maladie. Pas de gargouillement iléo-cœcal. La rate est hypertrophiée. La matité s'étend de quatre travers de doigt au-dessus de la 11^me côte. Urines acides, sans albumine. Bains froids toutes les trois heures à 22°.

17. — Le malade a pris 5 bains, il a eu une épistaxis à la suite du premier bain ; grande soif ; grand abattement. L'expectoration est insignifiante, très peu abondante.

A l'examen des poumons on trouve seulement sur la ligne axillaire et dans la partie inférieure, des frottements pleuraux assez abondants. Partout ailleurs, la respiration paraît normale.

18. — L'état des forces est meilleur, la langue est humide, très peu saburrale, la soif beaucoup moins vive. Constipation. Ni taches rosées, ni gargouillement. Même état local du côté du poumon. Expectoration visqueuse peu abondante, couleur caramel. Peu de toux. Respiration à 26. Pouls petit, régulier à 92. Claquements valvulaires normaux et réguliers.

19. — Amélioration marquée. Pour la première fois, on entend nettement un souffle bronchique au niveau du mamelon droit et dans son voisinage immédiat. En même temps, râles sous crépitants de retour, on perçoit toujours des frottements pleuraux à la base droite (face axillaire). Sueurs abondantes ; expectoration visqueuse, toujours safranée. Pouls 72. Respiration 26.

21. — Persistance des signes stéthoscopiques (souffle, râles crépitants, frottements), avec la même intensité. Dispa-

rition complète de la fièvre. L'appétit se réveille. Pouls 72.

23. — Persistance du souffle et des râles crépitants au niveau du mamelon droit; mais les frottements ont presque complètement disparu; à leur niveau, abolition du murmure vésiculaire. L'appétit continue. Etat général assez bon.

25. — Persistance, en avant et à droite, du souffle bronchique et des râles crépitants de retour; mais en examinant la partie postérieure, on trouve de la matité sur toute la hauteur, jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate; à ce niveau il y a une diminution marquée des vibrations thoraciques. A l'auscultation; à partir de l'épine, diminution progressive du murmure vésiculaire; à la partie inférieure, disparition complète; vers l'angle de l'omoplate, souffle doux avec pectoriloque aphone et œgophonie.

En somme, on trouve en avant et à droite, au niveau du mamelon, les restes de la pneumonie aiguë, tandis qu'en arrière, on constate les signes évidents d'un épanchement pleural récent.

Le malade ne se sent pas oppressé, et a conservé de l'appétit. T. R. 38° 4 (matin). Pouls 88. Respiration 30. Depuis hier seulement, le malade se plaint de son côté droit qui est plus douloureux qu'auparavant; il ne peut se coucher à droite, ce qu'il faisait les jours précédents.

28. — Mêmes signes en arrière, du côté de l'épanchement pleural. En avant, on perçoit encore au niveau du mamelon droit, le souffle et les râles avec la même intensité. Toujours un peu de fièvre le soir.

Poids (un tricot et une chemise) : 60 k. 050 g.

30. — L'épanchement droit paraît diminuer. Le souffle est à peine appréciable. La fièvre baisse. En avant, persistance du souffle et des râles de retour. Vésicatoire.

1^{er} février. — En avant, il ne reste plus que de la respiration soufflante localisée exclusivement au niveau du mamelon. Les râles ont disparu.

Pas de modifications en arrière.

6. — En avant, au niveau du mamelon droit, l'expiration est légèrement soufflante.

En arrière, il persiste encore un peu de matité à la base droite, mais toute trace d'épanchement a disparu. On entend le murmure vésiculaire. Bon état général. Retour de l'appétit.

Poids (même vêtement que le 20 janvier) : 58 k. 750.

12. — En arrière, à droite, la respiration est redevenue normale. En avant, la respiration soufflante a disparu. On constate seulement quelques râles par les efforts de toux, sans retentissement de la voix. Apyrexie. Etat général excellent.

15. — Poids : 60 kilog. 300 gr.

18. — La respiration est devenue normale dans toute la poitrine.

27 — Le malade sort parfaitement guéri.

OBSERVATION IX

Pneumonie gauche. — Bains froids. — Guérison

François G..., 49 ans, né à St-Genis d'Aoste, boulanger, entré le 9 mars 1884, salle St-Pothin, n° 45 (1).

Pas d'antécédents héréditaires. Aucun antécédent pathologique. Constitution robuste.

Il y a sept jours, le malade éprouvait un malaise général, toussait et crachait un peu, il croyait avoir un gros rhume. Mais bientôt, cet état de lassitude augmentait, la céphalalgie était assez vive, et le quatrième jour, le malade, obligé de suspendre son travail, se mettait au lit. Pas de début brus-

(1) Cette observation a été rédigée par M. Monisset, interne du service.

que. Pas de frisson. Le quatrième jour et les jours suivants, le malade a eu des épistaxis, qui se répétaient plusieurs fois par jour ; il dit aussi avoir craché du sang. Hier, il ressentait à gauche un point de côté qui a disparu ce matin. Les autres symptômes ont suivi une marche progressive.

A son entrée, le malade est abattu, sa faiblesse est extrême, il a des tendances à la syncope. T. R. 40,8.

La dyspnée est intense ; la toux fréquente. Les crachats visqueux varient de la coloration rouge à la teinte jaune ambré, leur véritable aspect est altéré par le sang des épistaxis qui se produisent toujours de temps en temps. Pas de point de côté.

L'anorexie est complète, la langue est très saburrale ; le malade a des nausées et des vomissements. La constipation dure depuis le début des symptômes.

La percussion de la poitrine donne dans le côté gauche en arrière, à partir de la moitié inférieure, une matité qui n'est pas absolue, et dont la limite inférieure est difficile à préciser. Par la palpation on ne constate pas d'augmentation des vibrations thoraciques. A l'auscultation, on entend peu le murmure vésiculaire partout, soit en avant, soit en arrière ; d'ailleurs, le malade respire très mal. Des deux côtés, l'oreille perçoit quelques râles sonores ; et à gauche, en arrière, il existe au niveau de la partie moyenne des râles très peu nombreux et peu accusés, qui ont le caractère de râles sous-crépitants. Au même point, on trouve un léger souffle et de la résonnance de la toux.

Le cœur fonctionne bien, ses mouvements sont précipités, mais réguliers ; on compte à la radiale 128 pulsations par minute.

Les urines sont rouges, très riches en urates, et contiennent aussi de l'albumine.

Le malade est traité par les bains froids et l'alcool.

10. — Après le premier bain, le point de côté ressenti avant-hier à gauche a reparu et persiste encore. Cette douleur est une nouvelle gêne pour l'examen : la percussion est

douloureuse à son niveau et le malade limite les mouvements respiratoires. Toutefois, dans le tiers moyen, à gauche, en arrière, le souffle est devenu très net et l'oreille perçoit des râles de toutes sortes, sonores et humides; parmi ces derniers, les uns sont à grosses bulles, d'autres, au contraire, à bulles très fines.

Persistance des épistaxis et des crachats sanglants. Pouls 128.

11. — Une application de moutarde a fait disparaître le point de côté. On n'a toujours pas de matité absolue. Les vibrations thoraciques senties à la palpation sont normales à droite et *diminuées* dans tout le côté gauche. De ce côté, on entend au niveau du tiers moyen un souffle tubaire très intense qui remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Ce matin, on n'entend pas de râles. Même caractère des crachats.

Pouls 120.

12. — Le malade n'a sauté qu'un bain. Cette seule fois, la température ne s'élevait pas au-dessus de 39 degrés. Chaque bain a déterminé un abaissement assez notable de la température. Le malade ne fait pas trop de difficultés lorsqu'on le met dans l'eau; il se plaint surtout d'être réveillé toutes les trois heures. Le point de côté survenu après le premier bain n'a pas reparu. Dans l'eau, le malade éprouve quelquefois des douleurs abdominales.

Ce matin, il s'était réveillé bien content et se trouvait mieux; mais depuis son dernier bain il est plus abattu.

En raison de l'abaissement de la température, on supprime les bains. On donne, ce matin, un lavement d'eau froide pour faire cesser la constipation.

On compte 48 respirations par minute et 104 pulsations artérielles. Le pouls est dicrote.

La respiration s'entend au sommet gauche. Plus bas, le souffle persiste toujours très intense; sa limite supérieure est la même qu'hier, mais il descend davantage et s'entend presque jusqu'à la base. De plus, on entend, ce matin, des râles inspiratoires à bulles moyennes, plus nombreux dans la fosse

sous-épineuse, plus rares dès qu'on se rapproche de la base. En avant, à gauche, on entend des râles sibilants. Les crachats sont toujours sanguinolents et très adhérents au vase.

La pointe du cœur, mal sentie, paraît être à sa place normale. Le premier bruit est mal frappé.

Urines de coloration foncée, moins troubles que les premières examinées, mais renfermant toujours une assez grande quantité d'albumine.

13 — Depuis hier, le malade se sent mieux. Hier soir, sa température était de 40,5; on lui a donné un bain. Il ne se plaint pas, et avoue s'être trouvé mieux après le bain qu'avant. Depuis le lavement, il a été deux fois à la selle.

Ce matin, le malade trouve que l'amélioration continue; ses pommettes sont fortement colorées, la température reste au-dessus de 39 degrés, mais n'atteint pas 40. On ne donne pas de bain.

Respiration 40. Pouls 96.

Les crachats encore visqueux sont aujourd'hui grisâtres et muco-purulents.

A l'auscultation, en arrière, à gauche, le souffle existe sur une aussi grande étendue qu'hier, mais son intensité est un peu moindre. Les râles sont plus nombreux, plus gros qu'hier, au niveau de la partie moyenne, et on en entend de plus fins jusqu'à la base. Tous ces râles sont inspiratoires.

Le malade perd toujours quelques gouttes de sang, lorsqu'il se mouche, mais il n'a plus de véritables épistaxis.

Persistance de l'albumine dans les urines.

14. — Plusieurs fois, hier, la température a été supérieure à 40°; le malade a été mis au bain.

Les crachats sont muco-purulents et ne présentent plus la moindre teinte sanguine.

A l'auscultation, en arrière, le souffle persiste avec les mêmes caractères; de plus, il existe, jusqu'à la base, des râles humides inspiratoires, et dans la fosse sous-épineuse on entend de gros râles humides qui, en ce point seulement, se produisent aux deux temps de la respiration. L'oreille per-

çoit encore quelques râles humides sur la ligne axillaire, mais en avant, ils deviennent très rares et très lointains, tandis qu'on entend des râles sibilants nombreux et superficiels.

Depuis hier, le malade se plaint d'éprouver une sensation de brûlure à la base du thorax, à gauche en avant. Cette sensation disparaît pendant l'heure qui suit le bain.

Pouls 96. Respiration 40.

Les urines sont toujours colorées, on ne trouve plus la moindre trace d'albumine.

15. Pouls 92. Plus de dicrotisme.

Respiration 48. On constate un mauvais fonctionnement du diaphragme.

Le premier bruit du cœur s'entend bien.

A l'auscultation du poulmon gauche, le souffle est toujours le même ; on entend encore quelques râles, mais ils sont bien moins nombreux qu'hier, et pas un seul ne se produit pendant l'expiration.

Les crachats, toujours visqueux, sont incolores, spumeux, avec quelques points verdâtres, purulents.

Le malade ne se plaint pas. Quand on l'interroge, il répond toujours qu'il se trouve mieux, mais le facies dénote un certain abattement ; la dyspnée persiste. Ce matin, la température est tombée à 38,5. Pas d'albumine.

16. — Hier soir, à cinq heures, le thermomètre marquait encore 38,5 ; à huit heures, on trouvait 37,6. Dans la nuit, il était remonté à 38°, mais ce matin il reste à 37,5.

Amélioration notable. Meilleur facies. Le malade demande à manger.

Les crachats sont moins visqueux.

En arrière à gauche, le souffle persiste avec la même intensité, au niveau de la partie moyenne, mais son étendue se restreint. On n'entend pas un seul râle pendant la respiration ordinaire, mais quelques-uns apparaissent après les secousses de toux.

Excellent fonctionnement du cœur. Pouls 80. Respiration 28.

Urines colorées, troubles, sans albumine.

17. — La température se maintient à 37,5. Les phénomènes d'auscultation sont sensiblement les mêmes qu'hier. Les râles plus nombreux s'entendent un peu mieux ; quelques-uns sont perçus dans les respirations ordinaires.

Pouls 52.

Respiration 28.

Pas d'albumine dans les urines.

18. — Etat général bon. — Pas de modifications dans les phénomènes stéthoscopiques.

Pouls 92.

Respiration 24.

Urines des 24 h. = 1,200 gr.

Pas d'albumine.

Chlorures 13 gr. 1/2 par litre.

21. — L'état général s'améliore chaque jour.

A l'auscultation, on trouve que le souffle s'entend sur une étendue de moins en moins grande, son intensité diminue également, surtout pendant l'inspiration où il est à peine perçu. Lorsque le malade vient de tousser, on entend, au moment de l'inspiration, des râles sous-crépitants qui se produisent par bouffées.

Pouls 72.

2. — Le malade est ausculté tous les deux ou trois jours. On constate la diminution progressive des symptômes.

Aujourd'hui, on entend encore du souffle et du retentissement de la toux ; mais il ne se produit plus un seul râle, même après la toux.

Le malade pèse 63 kilog. — Il y a trois mois, dit-il, il pesait 64 kilog. 1/2.

9. — Persistance du souffle. Léger retentissement de la toux.

15. — Le souffle se restreint de plus en plus.

30. — Etat excellent. La respiration est encore un peu soufflante en dedans du bord interne de l'omoplate gauche.

Le malade va partir pour l'asile Sainte-Eugénie.

CONCLUSIONS

Les statistiques si brillantes des auteurs allemands et de quelques auteurs suisses, ainsi que les cas malheureusement encore trop peu nombreux observés à Lyon, autorisent, croyons-nous, à traiter la pneumonie par les bains froids, mais dans certains cas seulement.

Nous disons : « dans certains cas, » parce que nous ne partageons pas entièrement l'opinion de Jürgensen qui veut baigner tous les cas, si légers soient-ils.

La pneumonie est une maladie générale, infectieuse, comme la fièvre typhoïde, mais elle a un avantage sur cette dernière, c'est qu'elle dure beaucoup moins que celle-ci, ordinairement 7 à 9 jours. De plus, elles coïncident fréquemment toutes deux, et guérissent très bien par les bains froids.

Tout encourage donc à tenter ce traitement dans les cas graves.

Mais, de même que dans la fièvre typhoïde, on ne donne pas de bains généraux dans les cas légers, de même dans la pneumonie, nous ne sommes partisans des bains froids que dans les cas graves. Il est bien entendu que nous y ajoutons l'emploi des excitants, l'alcool surtout.

Lorsqu'un malade a une pneumonie lobaire simple étendue, à plus forte raison double, qu'il délire et s'agite beaucoup, qu'il a une grande prostration, que la langue et les dents sont fuligineuses, qu'il ne peut rien prendre et que la T. R. s'élève à 40,5 ou 41° ou même au delà, nous croyons que les bains froids, administrés avec toutes les précautions que nous avons indiquées, peuvent réellement lui être utiles.

Nous faisons donc la réserve suivante : nous n'appliquerions les bains froids que dans les cas très graves. De plus, ce mode de traitement doit être institué dès le début de la maladie, si l'on veut obtenir un résultat favorable et une innocuité parfaite.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissus conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et mécaniques des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophtalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil? Où est-il placé?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CAMPAGNANO..... Osservatore medico. Naples, 1837.
WEBER Beitræge zur anatomie der Neugeborenen. Kiel,
1852.
ZIEMSEN Pleuritis and pneumonie in Kindesalter. Ber-
lin, 1862.
STEFFEN Klinik der Kinderkrankheiten. Berlin, 1865.
MAJOR Über die Behandlung der acuten croupösen
pneumonie mit kühlen Bädern. Basel, 1870.
FISMER Die resultate der Kaltwasserbehandlung bei der
acuten croupösen pneumonie, in Deutsches
archiv. für Klin. med. Leipsig, 1873.
BAUER Behandlung fleberhafter Krankheiten speciell
der pneumonie durch Kalte Bäder und Wein,
in Med. Corresp. Blatt, 1872, n° 17.
JÜRGENSEN Grandsæltze für die behandlung der croupösen
pneumonie. Leipsig, 1872. Croupæse Pneu-
monie, in Handbuch d. spec. path. und therap.
— Croupæse Pneumonie. Tübingen, 1883.
SAMUEL JONES..... American Journal of medical science, 1877.
GUNSBURG Hydratische Behandlung Wien. Med. Presse,
1878.
EICHORST Handbuch der spec. Path., und Ther. Wien,
1883.
KISSELEFF..... Du traitement de la pneumonie croupeuse.
Wratch, 1883.

- AUSTIN FLINT..... Practitioner, 1882, p. 72.
WILLIAM DAY..... On a case of croupous pneumonia in a child
successfully treated by the cold bath. (British
medical Journal, 13 octobre 1883.)
FRANZ KELLER..... Etiologie des croupæsen pneumonie, 1883.
GLOYER Thèse de Berlin, 1882.
LABADIE-LAGRAVE Du froid en thérapeutique. Thèse d'agrégation,
1878.
HANOT..... Traitement de la pneumonie. Thèse d'agrégation,
1880.
DUJARDIN-BEAUMETZ... Leçons cliniques de thérapeutique, t. II, p. 371.

Vu : *Le président*,
H. SOULIER.

Vu : *Le doyen*,
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Pour le Recteur en tournée,
L'Inspecteur d'académie délégué,
E.-A. GAUDIER.

